

# PERFIL SOCIO-DEPORTIVO DE DOS TIPOS DE USUARIOS DE GIMNASIO: UN ESTUDIO PILOTO

JOSÉ CARLOS CARACUEL TUBÍO

FÉLIX ARBINAGA IBARZÁBAL

JOSÉ ANTONIO MONTERO GAGO

Universidad de Sevilla

e-mail: [jccaracuel@us.es](mailto:jccaracuel@us.es)

## RESUMEN

*El ejercicio con pesas, orientado sobre todo a la musculación, es una práctica antigua que, de un tiempo a esta parte ha cobrado un notable auge. La proliferación de gimnasios y de usuarios de los mismos corre pareja al incremento de dicha práctica. Cada vez más personas se preocupan por la condición física y parte de esas personas lo hacen además por la forma corporal. Ello ha dado lugar a diversas variedades de entrenamiento: fitness, musculación, culturismo. Actualmente existen máquinas destinadas al entrenamiento específico de músculos concretos y/o de grupos musculares que permiten una definición cada vez más precisa del contorno de la figura humana de acuerdo con los cánones del fisioculturismo. Aunque estas prácticas van extendiéndose por ambos sexos, todavía hoy son relativamente escasas entre mujeres, si se las compara con los hombres.*

*Un cierto peligro que puede derivarse de ellas es que puedan crear cierta*

## ABSTRACT

*Weight training, guided mainly toward muscle building is an old practice that recently has experienced a marked increase in its practitioners. The increase in gyms and their users go hand in hand with an increase of this practice. More and more people worry about their physical condition and part of these people do so through body building. This situation has given rise to diverse varieties of training practices: fitness, muscle building, body building. Currently there are machines meant for working specifically a certain muscle and/or muscle groups which allow a more precise definition of the contour of the human figure in accordance with body building norms. Although these practices are spreading among both sexes, today they are still relatively scarce among women when compared with men. A danger that can be derived from them is that they can create a negative addiction among their practitioners, with all that this means.*

*adicción negativa entre sus practican-  
tes, con todo lo que ello conlleva. Un  
objetivo de este trabajo y de otros rela-  
cionados, actualmente en marcha, es  
tratar de investigar si hay diferencias  
entre tales personas y los usuarios de  
gimnasios cuya finalidad es adquirir /  
mantener una buena condición física,  
por razones, sobre todo, de salud. De  
encontrarse, esas diferencias podrían  
tal vez utilizarse como indicadores de  
riesgo de posibles trastornos asociados,  
como por ejemplo la vigorexia.*

*En el presente estudio nos centramos en  
las características que definen el perfil  
social y deportivo de unos y otros,  
encontrando algunos aspectos en los  
que realmente son distintos: el estado  
civil (parcialmente), el nivel de estudios  
(superior entre los culturistas), la moti-  
vación (inicio, objetivos), los hábitos  
alimentarios (dietas, complementos), o  
la opinión acerca de ciertas sustancias  
ergogénicas.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Culturismo, adicción negativa, vigore-  
xia, características socio-deportivas.*

*A purpose of this work and of other rela-  
ted works currently in progress is to try  
to investigate if there are differences  
between such people and the users of  
gyms whose goals are to acquire/main-  
tain a good physical condition for rea-  
sons mainly of health. If found, these  
differences perhaps could be used as  
risk indicators of possible associated  
dysfunctions, for example VIGOREXIA.  
In this study we center ourselves in the  
characteristics that define the social  
and sport profile of the former and lat-  
ter, finding aspects in which they are  
really different: marital status (par-  
tially), level of studies (superior among  
body builders), motivation (initially,  
objectives), eating habits (diets, comple-  
ments), or the opinion about certain  
ergogenics substances.*

#### **KEY WORDS**

*Body building, negative addiction, vigo-  
rexia, social-sports characteristics.*

Las distintas épocas han marcado sus propias normas sociales en los distin-  
tos ámbitos de la vida. Estas normas no sólo abarcan comportamientos de índole  
cultural, educativo, etc., sino incluso estético. Bien es verdad que este último  
aspecto ha caracterizado más bien a los usos y costumbres femeninas, pero de un  
tiempo acá también afecta a las pautas consideradas típicamente masculinas. El  
ideal de cuerpo masculino más valorado socialmente ha sido casi siempre el atlé-  
tico, salvo épocas puntuales.

Bien es sabido que ciertos problemas no surgen sino en sociedades desarrolladas, donde las necesidades primarias están satisfechas; es obvio que en el corazón del Africa menos favorecida, hablar de vigorexia –como de otros trastornos, por ejemplo alimentarios– sería una auténtica provocación. Por ello nos podemos plantear si no estamos ante otro fenómeno derivado de la sociedad consumista, preocupada por lo intrascendente. Pero, aún siendo así, lo cierto es que ciertas prácticas más o menos superfluas generan problemas sociales y sanitarios que, quiérase o no, a todos competen y afectan. Los trastornos de la alimentación, cuestan al erario público fuertes sumas que deberían dedicarse a otros problemas. El caso es que –sea por los motivos que sean– una vez aparecido este tipo de trastornos se convierten en una fuente de problemas y aún de sufrimiento por quienes los padecen y nuestro deber, el de los psicólogos y el de otros muchos profesionales, es el de ayudar a tales personas a acabar con esos problemas y con esos sufrimientos.

Uno de los trastornos a los que implícitamente nos hemos referido fue denominado primero como “anorexia inversa” y posteriormente como *vigorexia* por el psiquiatra Harrison G. Pope, quien con sus colaboradores del Hospital MacLean de la U. de Harvard en Belmont (Mass.) llevó a cabo los primeros y más destacados estudios (Pope, Katz y Hudson, 1993; Phillips, O’Sullivan y Pope, 1997; Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). De este trastorno comportamental vamos a ocuparnos en lo que sigue.

## APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

Si se le busca en el DSM-IV, el término como tal no aparece. Lo más relacionado es el rubro de Dismorfia corporal, término acuñado por Morselli en 1886, caracterizada –*grosso modo*– por la percepción por parte de un individuo de defectos o insuficiencias en su propio cuerpo. Asimetrías corporales, partes de la cara –nariz, orejas, etc.– o miembros excesivamente grandes o pequeños, etc., son las dismorfias más frecuentemente relatadas. Pero dismorfia no es igual a vigorexia; estas dismorfias, más o menos objetivas o subjetivas, pueden ser o no fuentes de trastornos, en función de cómo viva esa persona ese “defecto” o cómo éste le dificulte su adaptación a la vida social o su éxito en la misma. Obviamente esto puede venir influido por los estándares sociales vigentes en su círculo cultural. ¿Qué hace pensar a una persona que su cuerpo es poco musculado? La comparación con el de otros. ¿Y quién decide cuándo un cuerpo está suficiente o insuficientemente musculado? Las costumbres, los valores de una sociedad o parte de ella.

Cuando ese supuesto defecto hace referencia a un cuerpo que es percibido por el individuo como poco musculado, débil, etc., se habla de dismorfia muscular y ésta es, posiblemente, la fuente de la que derivará la vigorexia. Podemos definir ésta –de acuerdo con Pope et al. (oo.cc.)– como la alteración del comportamiento de una persona que dedica –de forma obsesiva– gran parte de su tiempo a incrementar su musculación y a *construir* su cuerpo de acuerdo con ciertos estándares. Suele acompañarse del seguimiento de una dieta rica en proteínas e hidratos de carbono y de la administración de determinadas sustancias –hormonas, esteroides anabolizantes– que incrementan la masa muscular.

Preocuparse por tener un cuerpo sano, como medio de gozar de una buena salud, es algo deseable y recomendable; las instituciones deben procurarlo de sus ciudadanos y los psicólogos deberíamos propiciar hábitos de ejercicio en las personas. El problema se presenta cuando medios y fines se confunden, cuando el cuerpo sano –esto es, en buenas condiciones físicas, resistente, etc.– deja de ser un medio para mantener la salud y la ausencia de patologías y pasa a convertirse en el objetivo, la meta, el fin en sí mismo. Entonces la dedicación al propio cuerpo se traduce en obsesión y, paradójicamente, lo que debería ser fuente de salud se convierte en fuente de problemas orgánicos y conductuales. La persona “vive” para su cuerpo y para alcanzar formas cercanas a eso que cree es el ideal. Surge la adicción al gimnasio, a pasar horas y horas ejercitando, musculando, definiendo. Se modifican hábitos alimentarios, la dieta cambia en contenidos –hidratos de carbono, proteínas, escasa presencia de grasas– en frecuencia –mayor número de ingestas diarias– y en cantidades ingeridas, añadiéndose, lo que es mucho más peligroso, ciertas sustancias –hormonas, esteroides anabolizantes– supuestamente ergogénicas con la finalidad de aumentar la masa muscular. Generalmente todo ello se lleva a cabo sin el oportuno control –entre otras cosas porque de haber control las cosas serían muy diferentes– y guiándose el individuo por la opinión y/o las costumbres de otros compañeros de gimnasio, generalmente tan desinformados como él, que ya vienen haciéndolo desde hace algún tiempo.

## SURGIMIENTO DEL PROBLEMA

Suele hablarse de la adolescencia como un momento evolutivo propicio para la aparición de trastornos de este tipo. Aun cuando no debe limitarse su aparición exclusivamente a estas edades, no tiene nada de extraño de que su frecuencia sea mayor ya que la adolescencia es época de cambios corporales destacados y poco armónicos o asimétricos en los primeros momentos. Por tanto aparecen dis-

morfias corporales percibidas de forma muy negativa por sus protagonistas. A ello se añaden las primeras incursiones en relaciones sociales que involucran a los dos sexos como tales, con el componente de éxito o no entre el otro sexo, con lo que esto implica de valoración social. Hay cosas que el/la adolescente no puede cambiar por sí mismo/a, como sus rasgos faciales, su estatura, etc. –aunque la cirugía, la ortodoncia y demás ayudan mucho actualmente– pero otras sí, entre ellas su nivel de musculación, lo que incluso puede ayudarles a compensar otras carencias, como una baja estatura o unos rasgos faciales menos agraciados<sup>1</sup>.

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIGOREXIA

Para que un individuo pueda ser calificado como “vigorético” no basta con que acuda con frecuencia –incluso diariamente– al gimnasio, haga ejercicios con pesas u otros aparatos de musculación, o ni siquiera que compita como fisioculturista, aunque sin duda éstos son elementos que, sobre todo reunidos, propician el trastorno a más o menos largo plazo. Han de observarse comportamientos del tipo de los que a continuación se refieren y en un grado que sobrepase los habituales de la población media:

- se ve a sí mismo excesivamente delgado, aunque tenga un cuerpo musculoso
- manifiesta una excesiva preocupación por su cuerpo
- dedica varias horas al día a pensar en ello (pensamientos incontrolados)
- pasa un considerable número de horas en el gimnasio realizando ejercicio de una alta intensidad
- lo anterior implica a menudo el abandono de otras actividades habituales
- siguen dietas e ingieren sustancias como las anteriormente mencionadas
- repiten conductas obsesivas del tipo de:
  - pesarse varias veces al día
  - mirarse frecuentemente al espejo
  - comparar su cuerpo con el de otros, sobre todo compañeros de gimnasio
- practican rituales repetitivos que producen tics (determinadas posturas, por ejemplo)
- tienen sensación de fracaso (social, personal).

---

<sup>1</sup> Entendiendo siempre estos juicios de valor por comparación con los estándares socioculturales dominantes.

## EFFECTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO HABITUAL

Una serie de efectos nocivos suelen producirse como consecuencia de la vigorexia sobre la vida de quienes la sufren. Al ser una adicción negativa, es decir, una actividad que “engancha” y a la que se dedican muchas horas, ello hace que el sujeto carezca de tiempo para otras actividades personal y socialmente deseables. El individuo “roba” esas horas a la vida familiar, al contacto con los/as amigos/as, incluso al propio trabajo, sobre todo si en éste carece de horario rígido. En ocasiones sus niveles de ingresos decaen, tanto por la menor productividad laboral como por la inversión en gimnasios y en productos suplementarios ergogénicos. Las relaciones en el seno de la familia pueden verse, asimismo afectadas, como consecuencia de pasar su actividad gimnástica a un primer plano, con frecuencia excluyente. Y algo similar ocurre con la vida social al postergarse los compromisos sociales, las salidas con amigos/as, el acudir a reuniones, comidas, y otros acontecimientos.

## INCIDENCIA DEL PROBLEMA

A falta de datos poblacionales más cercanos a nuestro ámbito sociodemográfico, las estadísticas provenientes de los EE.UU. indican que en dicho país un 93% de mujeres y un 82% de hombres manifiestan estar preocupados por su apariencia física y tratan de mejorarla, calculándose que unos 9 millones de personas acuden regularmente a gimnasios, y que 1 millón podían desarrollar comportamientos vigoréticos. En España, ante la ausencia de estudios sistemáticos fiables, se calcula que sobre entre 20 y 50 mil personas podrían presentar trastornos del tipo vigorexia o dismorfia. En cuanto al sexo de las personas afectadas los escasos datos disponibles informan de una mayoría de hombres entre 18 y 35 años, pero con creciente presencia entre las mujeres.

## POSIBLE ETIOLOGÍA

Las variables de tipo social parecen tener un papel preponderante como desencadenantes de este tipo de comportamiento. Los estándares sociales –más o menos extendidos– respecto a qué es un cuerpo *ideal* son fomentados desde el ámbito de la comunicación y los *media*. Especialmente la publicidad, el cine, etc., presentan frecuentemente personas con cuerpos “perfectos”, asociados a productos de calidad y al éxito en distintos órdenes de la vida. Según Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent y Hudson (2000), “una amplia discrepancia entre la musculación real del individuo y su ideal de cuerpo puede ayudar a explicar el surgimiento aparente de desórdenes tales como la dismorfia y el abuso de esteroides y anabolizantes” (p. 1297).

Claro que nada de esto surtiría efecto si las personas que ven esos mensajes no le dieran la importancia que, en determinados sectores de población, se le da a todo lo que provenga de esos *media*. La creciente homogeneización cultural impuesta por los medios hace que cada vez más gente adopte pautas de comportamiento similares respecto del tipo de vida a llevar. Pero lo importante de este análisis es que pone de relieve que son también factores educativos los que influyen en que, como hemos dicho, ciertos sectores de población sigan estos modelos.

¿Tiene la vigorexia un posible origen biológico? Los estudios que hablan de alteraciones en algunos neurotransmisores como la serotonina están confundiendo, a nuestro modo de ver, causas con efectos. En todo fenómeno psicológico hay una base fisiológica que actúa no como causa del fenómeno, sino como soporte o condición del mismo pero que no lo produce directamente. Los fenómenos propiamente psicológicos son relaciones funcionales entre el individuo y su entorno y lo que define un fenómeno es, precisamente, el tipo de relación funcional que lo origina y no las morfologías de respuesta implicadas en él<sup>2</sup>. La vigorexia surge como consecuencia de que un individuo, con una historia previa de relación con su entorno, se percibe a sí mismo como desventajosamente diferente con respecto a otros individuos de su entorno que ostentan otras características morfológicas de mayor éxito o valoración social.

## TRASTORNOS DERIVADOS

Hay, sin duda, problemas de índole fisiológica derivados de las pautas de comportamiento en que consiste la vigorexia. Así pueden cursar trastornos del aparato digestivo, debidos a las alteraciones en los hábitos alimentarios y en el tipo de alimentación predominante. Igualmente las sustancias ergogénicas –hormonas, anabolizantes– pueden generar, indudablemente, problemas fisiológicos a medio o largo plazo. Asimismo, el sobreesfuerzo físico puede dar lugar a problemas musculares y óseos debidos a la sobrecarga de algunos ejercicios realizados de forma más o menos incontrolada. Muy posiblemente la mayoría de estas disfunciones se deban a la falta de control por parte de profesionales de la medicina y de la educación o preparación física. La prueba es que hay muchos deportistas que entrenan y/o compiten durante muchas horas y a gran intensidad sin que aparezcan signos de vigorexia.

---

<sup>2</sup> A título de ejemplo aclaratorio: la salivación del perro en el clásico experimento de Pávlov es morfológicamente similar tanto cuando es producida por el alimento en la boca (reflejo incondicionado, es decir, fisiológico) como cuando se debe al sonido de la campana (reflejo condicionado, es decir, psicológico). Lo que define y distingue a un fenómeno y a otro no es la morfología de la respuesta sino la funcionalidad de las relaciones.

## TRATAMIENTO

Un tratamiento completo debe incluir a todos los profesionales relacionados con los distintos tipos de desajustes que se produzcan. En lo referente a problemas psicológicos debería llevarse a cabo un triple análisis previo a cualquier intervención: de los factores antecedentes que influyen en su aparición, de los factores que mantienen el problema, una vez desencadenado, y de las estrategias de prevención.

**Factores previos influyentes.** Ya han sido mencionados en apartados anteriores (y lo serán en posteriores). Tienen que ver con: a) las pautas culturales –valores, modelos, etc.– propios del contexto social donde se mueve la persona; b) la educación recibida; y c) las características de esa persona. Es cometido del psicólogo, con la colaboración de otros profesionales, indagar y evaluar estos puntos de cara a una mejor comprensión del problema y su *background*

**Factores de mantenimiento (intervención).** En la situación actual del individuo que presente vigorexia y en los motivos que hacen que sigan dándose esas pautas de comportamiento es donde debe centrarse la actuación psicológica. Esta debe orientarse, por un lado, a corregir los elementos disfuncionales, tales como la baja autoestima, el miedo al fracaso, las relaciones sociales poco adecuadas, las creencias y valores propios del contexto en que se mueve esa persona, etc. A ello puede ayudar, en un primer momento, cierta terapia farmacológica de apoyo –siempre bajo prescripción y control médico– como la administración de ansiolíticos y/o antidepresivos, cuando las circunstancias lo requieran. Sin embargo, la terapia farmacológica sola no eliminará el problema, que es básicamente psicosocial. Las habituales técnicas de control y modificación del comportamiento serán muy útiles aquí.

**Factores de prevención.** Para prevenir la aparición de éste y otros problemas relacionados –vigorexia, anorexia, bulimia, dismorfia, etc.– es preciso enseñar y educar desde la infancia, en la familia y la escuela las apropiadas pautas de comportamiento y valores.

Los anteriores suponen pasos importantes y necesarios para lograr la erradicación de estos tipos de problemas, por lo que es imprescindible una actuación centrada en la comunidad y no sólo en la persona afectada. Con la intervención individual podremos *corregir* el problema de esa persona concreta; con una intervención comunitaria podremos *prevenir* el surgimiento del trastorno en un sector de población más amplio. En todo caso, mientras se sigan propugnando y transmitiendo los valores actuales respecto a los modelos sociales estándar a imitar, el reto es complicado.

El trabajo que hemos llevado a cabo corresponde a la parte piloto de un estudio de más amplia envergadura encaminado a obtener información acerca de las



características psicológicas y psicosociales básicas de personas que practican fisioculturismo y tratar de detectar posibles casos de vigorexia entre ellas. Se intentarán determinar las variables psicológicas relevantes y los factores de riesgo que puedan conducir a una práctica “insana” de esa actividad. Paralelo a todo ello, se trataría de establecer un perfil, sobre la base de las características del sujeto y de la actividad que realiza, que nos permita definir y establecer relaciones entre las dimensiones de personalidad y diversas valoraciones de los efectos que la actividad deportiva produce en el sujeto.

El proyecto de investigación en su conjunto se plantean los objetivos que se describen a continuación, aunque en esta “avanzadilla” de resultados sólo nos ocupamos de describir los hallazgos realizados respecto al perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio, los que practican casi en exclusiva ejercicios con pesas, con fines de musculación, y los que no lo hacen.

## OBJETIVOS GENERALES

- Establecer un perfil psicosocial de las personas que practican el fisioculturismo de manera habitual y con carácter amateur.
- Determinar qué prácticas de la actividad deportiva pueden considerarse como factores de riesgo para la salud del sujeto.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil psicosocial y de personalidad de los sujetos que practican fisioculturismo.
- Establecer algunas características clínicas destacadas de los fisioculturistas.
- Evaluar factores de riesgo en la práctica no saludable del fisioculturismo.
- Determinar posibles alteraciones de la imagen corporal.
- Determinar la ansiedad asociada al entrenamiento de la actividad deportiva y su ejecución en interacciones sociales.
- Determinar las relaciones entre características psicológicas básicas y las sensaciones de bienestar psicológico en los sujetos.
- Determinar la valoración que realizan sobre las consecuencias subjetivas de la actividad deportiva y relacionarla con variables básicas en los sujetos.

- Realizar una aproximación a la prevalencia del trastorno dismórfico muscular.

Dada la escasa información existente sobre este campo, el trabajo que planteamos se llevará a cabo en dos momentos o fases. La primera –de la que presentamos resultados parciales– servirá como estudio piloto y nos permitirá realizar una toma de contacto con el fenómeno y poder llevar a cabo las correcciones oportunas en la utilización tanto de los instrumentos como de la estrategia que se vaya a utilizar posteriormente con el conjunto de la muestra durante la segunda fase.

## MÉTODO

El trabajo se basa en un estudio transversal, de una única medida y con Grupo Control. La participación fue voluntaria y los sujetos cumplimentarán los instrumentos mediante una técnica mixta de entrevista y posteriormente de papel y lápiz, para los diversos instrumentos de evaluación.

### *Sujetos*

30 personas, todas ellas de sexo masculino seleccionados de dos gimnasios de la ciudad de Sevilla, de edades comprendidas entre los 25 y 45 años, divididos en:

- Grupo Experimental (GE): 15 sujetos que practican fisioculturismo de manera habitual.
- Grupo Control (GC): 15 sujetos no practicantes de actividad deportiva.

Los sujetos tomaron parte en el estudio de forma voluntaria si bien entre los del GE (fisioculturistas) no mostraron gran entusiasmo y sí ciertas reticencias.

Las variables a controlar en el GE fueron:

**Tiempo de Práctica:** Se estableció como criterio el llevar al menos tres años de práctica continuada, con una frecuencia de al menos tres veces en semana.

**Sexo<sup>3</sup>:** Dadas las dificultades en encontrar mujeres fisioculturistas, el estudio se centró exclusivamente en hombres.

El GC está emparejado al GE en las variables sexo y edad, teniendo como criterio de participación la práctica de aeróbic al menos tres veces en semana

---

<sup>3</sup> No obstante, y dada la emergencia del fisioculturismo en mujeres se hace necesario incluir este sector de población en futuras investigaciones.

## *Instrumentos*

Los instrumentos utilizados para la recogida de los datos se organizarán sobre la base de los objetivos establecidos.

### **a) Perfil socio-deportivo**

- **Perfil Sociológico:** sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, padecimiento de enfermedades, con quién vive (domicilio propio, paterno, ...).
- **Perfil Deportivo:** tiempo que lleva practicando alguna actividad deportiva, tipo de deportes que ha practicado (individual, de grupo), tiempo que lleva practicando el fisioculturismo, número de días por semana que lo practica, número de horas por cada entrenamiento, cómo se inició en este tipo de práctica deportiva, motivos por los que se inició, uso de esteroides anabolizantes u otras sustancias, ...
- **Perfil Alimentario:** seguimiento de dietas, grado de cumplimiento, número aproximado de calorías consumidas por día, uso de complementos dietéticos ...

Hasta aquí las áreas de las que se ofrecen resultados; además se administraron pruebas tendentes a determinar las áreas que se enumeran y cuyos resultados –aún en fase de análisis– configurarán un nuevo informe científico (Caracuel, Montero y Arbinaga, en preparación)

### **b) Perfil psicológico**

Se exploraron las siguientes áreas y con los siguientes instrumentos:

- **Perfil Dismorfia Muscular:** evaluado a través de instrumento diseñado *ad hoc* por uno de los autores.
- **Perfil Imagen Corporal:** Cuestionario de la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire*) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).
- **Perfil de salud general:** Cuestionario de Salud General (GHQ-28), de Goldberg y Hillier (1979).
- **Auto-Concepto Físico:** Cuestionario de Autodescripción Física (PSDQ), de (Marsh y Sutherland (1994), en su versión en castellano (de Gracia, Marcó, Fernández y Trujano, 1998).
- **Perfil Valoración de la Actividad Física:** Se utilizaron dos pruebas:
  - Escala de Satisfacción con la Actividad Física (PACES) (*Physical Activity Enjoyment Scale*, de Kendzierski, y DeCarlo, 1991).

- Escala de Experiencias Subjetivas en el Ejercicio (*Subjective Exercise Experiences Scale* –SEES– de McAuly y Courneya, 1994), adaptado al español por Gracia y Marcó (1997).
- **Perfil de Ansiedad Social:** Se utilizaron asimismo dos pruebas:
  - Escala de ansiedad social relacionada con la apariencia física (*Social Physique Anxiety Scale* –SPAS– de Hart, Leary y Rejeski, 1989).
  - Escala de ansiedad social relacionada con la apariencia física durante las sesiones de ejercicio físico (Eklund y Crawford, 1994).

## Procedimiento

El primer paso fue contactar con responsables de los gimnasios donde se iba a realizar el estudio a fin de obtener su consentimiento, cosa que ocurrió. Una vez seleccionados los sujetos se encontraron ciertas dificultades para contactar con muchos de ellos, por lo que a un 40% de ellos –equiparando el GE con el GC– no se les aplicó las pruebas directamente por parte del investigador, sino a través de la persona de contacto en el gimnasio. En este último caso se les facilitó a los sujetos el número de teléfono del investigador, por si encontraban alguna dificultad al cumplimentar alguna de las pruebas.

Todos los sujetos recibieron las mismas instrucciones: “*Nuestro objetivo es hacer un estudio de la actividad deportiva. No hay respuestas correctas o incorrectas. Contesta con sinceridad, por favor.*” En algunos sujetos del Grupo Experimental que manifestaban reticencias se les añadió: “*El fisioculturismo es algo desconocido y lo poco que se sabe suele ser negativo para vosotros; los estudios que se hagan a partir de ahora podrán redundar en beneficio vuestro; de ahí este estudio*”.

## RESULTADOS

Analizamos los resultados obtenidos en este avance investigativo, agrupándolos por categorías. En primer lugar, y en cuanto al perfil sociológico, nos encontramos con sujetos de sexo masculino –por las razones antes expuestas– de estado civil (tabla y figura 1) sin excesivas diferencias entre solteros (53.3%) y casados (40%) en el GC, pero mayoritariamente casados (66.7%) en el GE. Encontramos una gran dispersión respecto del nivel de estudios en ambos grupos (tabla y figura 2), con la particularidad de que en el GE hay una mayor representatividad de estudios universitarios (60% entre medios y superiores) frente al 26.7% en el GC. Profesionalmente hablando, la situación laboral (tabla y figura

3) es muy similar en ambos grupos, hasta el punto de que un 53.3% se encuentran en situación activa, tanto en GC como en GE, y un 26.7% –igualmente en ambos grupos– son estudiantes. Finalmente, y en lo que se refiere al nivel de ingresos (tabla y figura 4), la identidad es total en ambos grupos, con un 20% poseen ingresos inferiores a 900/mes, un 60% entre 900 y 1.500/mes y otro 20% superan esta última cifra.

El perfil deportivo podemos desglosarlo en varios apartados: cantidad de práctica, iniciación, dieta alimenticia y posible uso de sustancias ergogénicas. Los analizamos a continuación.

- a) *Cantidad de práctica*: Se ha evaluado atendiendo a dos parámetros: número de sesiones por semana, y duración de la sesión. En lo que respecta al primero –número de días/semana (tabla 5a)– no hay grandes diferencias; el 73.3% del GC y el 86.7% del GE acuden entre 4 y 5 días a la semana al gimnasio, más bien 5 días que 4 en ambos grupos. Sin embargo, en el otro parámetro –duración media de la sesión (tabla 5b y figura 5)– sí se hallaron diferencias pues mientras el GE dedica mayoritariamente (86.7%) de 90 a 120 minutos por sesión, en el GC hay una mayor dispersión, siendo su mayoría (60%) quienes le dedican entre 60 y 90 minutos por día.
- b) *Iniciación deportiva*: También aquí analizamos dos factores: cuál fue el principal motivo que les llevó a iniciarse y si alguien les influyó en ello. Respecto al primer punto, encontramos un abanico de razones, mayor en el GC que en el GE. En el GC las más destacadas fueron (tabla y figura 6): “por sentirme mejor con mi cuerpo” (13.3%), “para adelgazar” 26.7% y “como mantenimiento físico” (33.3%). En el GE el grueso de los intereses se reparte entre “por sentirme mejor con mi cuerpo” (55.5%) y “como mantenimiento físico” (33.3%). Y en lo referente a la posible influencia, o no, de alguna persona significativa –familiar o amigo (tabla y figura 7)– en la decisión de ejercitarse, resulta muy llamativo el hecho de que un 80% del GE afirma haberlo hecho por pura iniciativa (frente al 20% del GC) y sólo un 20% reconoce haber sido influido por algún amigo (frente al 46.7% del GC). El peso de los familiares es nulo (0%) en el GE y en cambio mucho más destacado en el caso del GC (33.3%).
- c) *Dieta*: La gran mayoría de los culturistas siguen una dieta establecida por ellos mismos (80%), cosa que sólo ocurre en el 33.3% del GC (tabla y figura 8). De estos sujetos controles, el 46.7% no sigue ninguna dieta y el 20% sigue la que le prescribe el médico. Curiosamente nadie entre los

culturistas sigue una dieta prescrita por médico; el 20% restante dice no seguir dieta alguna. Por otra parte, en los casos en que se sigue algún tipo de dieta, los del GE son mucho más fieles a su cumplimiento, pues lo hacen siempre (75%) o como mínimo (25%) tres o más días por semana (tabla y figura 9). Los del GC son más relajados en este sentido pues sólo la mitad de ellos (50%) la sigue siempre, un 37.5% lo hace tres o más días por semana y un 12.5% sólo dos o menos días por semana. Por lo que hace a la valoración de la utilidad de la dieta en la actividad física (tabla y figura 10) un 73.3% del GE y un 66.7% del GC la encuentran fundamental, en tanto un 26.7% en ambos grupos la encuentra útil aunque no fundamental. Diferencias relevantes se encuentran en el control de las calorías ingeridas diariamente (tabla y figura 11), lo que informa del distinto nivel de preocupación de los sujetos de uno y otro grupo respecto a este factor. Los del GE conocen en gran medida (86.7%) la composición calórica. De éstos, un 66.7% ingieren unas 4.500 calorías diarias, un 13.3% entre 4.500 y 5.000 y un 6.7% entre 4.000 y 4.500. Los sujetos control suelen desconocer (60%) dicha composición, un 26.7% afirma consumir menos de 4.000 y el 13.3% restante entre 4.000 y 4.500. Finalmente, un dato muy revelador es el consumo de complementos dietéticos (tabla y figura 12) que alcanza al 86.7% de los sujetos del GE por sólo el 26.7% del GC. Los términos se invierten si atendemos al no consumo: un 73.3% en el GC y un 13.3% en el GE. Si miramos qué tipo de complementos dietéticos consumen unos y otros (tabla y figura 13) volvemos a encontrar datos reveladores ya que en el GE se consume sobre todo creatina (86.8%) bien sólo o acompañada de carbohidratos o proteínas, estas últimas son consumidas por el 13.3% restante. Muy al contrario, ninguna persona del GC consume creatina y los únicos complementos a que se recurren son los carbohidratos (75%) y las proteínas (25%).

- d) *Uso de sustancias ergogénicas:* Este resultó ser un punto algo controvertido en las entrevistas y en la aplicación de cuestionarios, debido posiblemente a factores de índole social. El 100% de los sujetos del GC –lo que resulta *a priori* esperable y el 86.7% del GE –lo que parece no tan fiable– manifiestan no consumir este tipo de sustancias, ante un 13.3% de culturistas que admiten hacerlo (tabla y figura 14). Nuestra desconfianza se basa tanto en la experiencia personal con este tipo de deportistas como en la valoración que hacen en los siguientes puntos. Así cuando se les pide que evalúen la influencia en la salud (tabla y figura 15), los del GC afirman significativamente (80%) que lo encuentran algo o muy per-

judicial; en cambio, entre los del GE el 80% lo encuentra o bien poco perjudicial (40%) o bien neutro (40%). Si la valoración se refiere a su efecto sobre la actividad deportiva (tabla y figura 16), el 80% del GE lo considera beneficioso o muy beneficioso, frente a una notable dispersión entre las opiniones del GC que, no obstante, lo suele encontrar poco perjudicial (20%), inocuo (20%), o incluso beneficioso (20%).

## DISCUSIÓN

Los datos correspondientes al Perfil Sociológico nos muestran ciertas diferencias entre los grupos Control y Experimental, si bien no son unas diferencias demasiado relevantes, habida cuenta del tamaño de la muestra. En cuanto al estado civil, se aprecia un mayor porcentaje de individuos casados en el GC que en el GE (40% frente a 26.6%, respectivamente) y, como es de esperar, más solteros en el GE (66.6%) que en el GC (53%), de donde podemos deducir que las prácticas tendentes a conseguir una mayor musculación –en alguna de sus formas– es una práctica más extendida entre varones solteros, aunque al ser nuestros sujetos no competitivos esas diferencias no son excesivas. Posiblemente se agudizarían en el caso de culturistas de competición, donde presumiblemente encontraremos –y así vamos a tratar de comprobarlo– más personas solteras que casadas.

En lo tocante al nivel de formación académica todos los sujetos –excepto 1 en el GC– tienen estudios, como mínimo de Graduado Escolar. No obstante, resulta un tanto llamativo cuando se comparan ambos grupos, debido a la mayor cantidad de universitarios en el GE (9) en comparación con el GC (4), lo que puede estar indicando que las prácticas de musculación –una forma de culto al cuerpo– están más presentes en niveles educativos más elevados, cosa que rechazaría ciertos prejuicios en sentido contrario.

En lo que hace al estatus económico y laboral, no parece una variable que distinga un tipo de personas de otro, pues la distribución es prácticamente simétrica, con valores idénticos en cuanto al porcentaje de individuos laboralmente activos en uno y otro grupos (53.33% en ambos) y lo mismo en cuanto a estudiantes (26.6%). Esta misma equidad se acentúa aún más en relación con los niveles de ingresos, situándose el grueso de cada grupo en la misma zona (entre 900 y 1.500 €).

A la hora de analizar el Perfil Deportivo, agruparemos las distintas variables en las mismas cuatro categorías aglutinadoras que ya utilizamos al exponer los resultados: cantidad de práctica, iniciación, dieta alimenticia y posible uso de sustancias ergogénicas.

- a) *Cantidad de Práctica*: No se diferencian los sujetos de uno y otro grupo si nos fijamos en cuántos días por semana acuden al gimnasio (la mayoría entre 4 y 5), pero sí lo hacen en el tiempo que pasan ejercitándose en cada sesión. Así los individuos del GC suelen ejercitarse entre 30' (3 sujetos) y 1h 30' (4 sujetos), pasando por la hora que dedican 5 sujetos. En cambio los culturistas dedican más tiempo por sesión: entre 1h 30' (8 sujetos) y 2h (5 sujetos). Ello resulta lógico si tenemos en cuenta los distintos fines de cada grupo y, en consecuencia, los distintos requerimientos deportivos en uno y en otro (mantenimiento vs musculación).
- b) *Iniciación deportiva*: El último aspecto comentado –fines u objetivos de la práctica deportiva– se ponen de manifiesto cuando los deportistas de nuestro estudio son preguntados por los motivos que les llevaron a empezar tales prácticas. Mientras en el GC destacan la intención de adelgazar y/o la de mantenerse en forma (26.7 en ambos casos) y, en menor medida, para sentirse mejor con el propio cuerpo, ésta es la razón principal para la mayoría de los culturistas (55.5%). Por el contrario ninguna de las dos razones prioritarias para los no culturistas (GC) son señaladas por persona alguna del GE. Otros datos –correspondientes a de quién partió la iniciativa de hacer ejercicio– reflejan la distinta influencia de personas significativas, especialmente de los familiares, cuya nula incidencia en el GE puede estar relacionada con los prejuicios existentes acerca del culturismo, reflejando quizás hasta una cierta oposición a su práctica. Este dato, sin embargo, no lo poseemos, por lo que la afirmación anterior no pasa de ser una suposición que necesitaría ser contrastada, por ejemplo mediante la inclusión de algún/os ítemes pertinente/s.
- c) *Dieta*: La consecución de un cuerpo musculado y bien definido está estrechamente relacionada con la alimentación; el seguimiento de una dieta específica resulta fundamental tanto para los sujetos que entrenan con pesas como para los que hacen otro tipo de entrenamiento, aunque más acusadamente entre los primeros y así se constata en nuestro estudio (73.3% y 66.7%, respectivamente). La gran mayoría del GE (80%) la sigue frente al 20% que no lo hace; en el GC la mayoría no sigue dieta (46.7%), un 20% la sigue bajo prescripción médica y un tercio lo hace según su propio criterio. Que los culturistas dan más importancia que los no culturistas a la dieta se parecía también de forma destacada si se mira la rigurosidad en el cumplimiento de la misma. Un 75% del GE dice seguirla siempre y el 25% restante más de 3 veces en la semana. Estos



valores resultan diferentes en el GC donde sólo la mitad del mismo la cumple siempre, y un 12.5% 2 días o menos a la semana. Pero lo más preocupante es la falta de control en tales pautas de alimentación, pues ese 80% del GC que sigue una dieta lo hace bajo criterios propios, sin prescripción ni seguimiento por parte de especialista alguno en nutrición. Estimamos que éste es un factor de riesgo de consecuencias que pueden llegar a ser graves a medio o largo plazo para la salud del individuo, sobre todo si se analizara en detalle el contenido de su nutrición: calorías consumidas, uso de complementos dietéticos, etc., como haremos a continuación. Las calorías son un motivo de preocupación entre los culturistas que afirman consumir en un 80% de los casos entre 4.500 y 5.000 cada día. Además la mayor parte de ellos conocen cuántas calorías ingieren, pues sólo un 13.3% responden NS/NC en este sentido; en cambio esto ocurre en un 60% de los del GC. Pero los elementos puramente nutritivos no logran por sí solos los efectos deseados sobre la musculación, por lo que una amplia mayoría de los que buscan estos resultados acompaña la dieta con creatina, en un porcentaje que se acerca al 90%, en tanto ningún sujeto del GC lo hace.

- d) *Uso de sustancias ergogénicas*: Aparentemente hay cierta coincidencia entre GC y GE (100% y 86.7% de sujetos en uno y otro) en cuanto a asegurar que no consumen esteroides anabolizantes. Sin embargo, y como quedó apuntado al exponer los resultados, este dato –especialmente en el GE– resulta “contraintuitivo” pues cualquiera que esté en contacto con la práctica del fisioculturismo tendría motivos para desconfiar de tan bajos índices de consumo aseverado por los culturistas. Ciertamente es que nuestros sujetos no son competidores pero aún así sorprende el dato. Máxime si la valoración que se hace de estas sustancias es muy positiva en el GE, tanto en lo referente al efecto sobre la actividad deportiva (80%) como a la ausencia o escasez perjuicios para la salud (80%).

## CONCLUSIONES

El perfil sociológico del fisioculturista, responde mayoritariamente a un sujeto soltero, con estudios universitarios medios o superiores, laboralmente activo y con ingresos medios entre 900 y 1500 euros. En general, este perfil no difiere del perfil de practicantes de actividad aeróbica, excepto en un aspecto: el nivel de estudios que resulta ser superior entre los fisioculturistas. Consideramos este

aspecto de sumo interés, pues desecha la vieja idea de que estas prácticas, más orientadas al cultivo del cuerpo que del intelecto, preponderaba entre gente más bien marginal y con poca cultura.

El análisis del perfil deportivo del fisioculturista nos muestra, globalmente, a sujetos que entrenan entre 4 y 5 días a la semana, de 1h30' a 2h diarias, con un entrenamiento más planificado. Ello, como se dijo, responde a la finalidad de este tipo de práctica que requiere una continuidad y una dedicación mayor que la que se lleva a cabo por otro tipo de razones, como exponemos a continuación.

Se manifiestan diferencias en dos aspectos: vía de iniciación deportiva y finalidad u objetivo buscado en la práctica deportiva. Mientras los sujetos que hacen ejercicio aeróbico se inician mayoritariamente a través de familiares o amigos y presentan objetivos muy heterogéneos –adelgazar, mantenimiento físico, conocer gente u otros– los sujetos practicantes de actividad culturista comienzan por propia iniciativa y buscando dos objetivos: sentirse mejor con su cuerpo y, en menor medida, ganar masa muscular. En este punto nos atreveríamos a plantear una hipotética deducción: a nuestro parecer, el entorno familiar podría actuar como facilitador en el caso de los practicantes de aerobio, en cuanto los fines de éstos son más saludables, y en cambio podrían mostrar cierta oposición en el caso de los culturistas, algunas de cuyas prácticas (por ejemplo, alimentarias) no lo serían del todo.

Precisamente en el aspecto alimentario sí aparecen diferencias notables entre culturistas y no culturistas. Los primeros muestran una mayor constancia y preocupación por tener una dieta y seguirla, aunque con la particularidad de ser una dieta autodeterminada, con el riesgo que ello implica sobre la propia salud. La composición de la dieta es asimismo motivo de preocupación, tanto en lo referente a un alto contenido calórico –lógico si se tiene en cuenta el tipo y la cantidad de esfuerzo requeridos por su entrenamiento– y complementada por suplementos vitamínicos y de otro tipo, en forma destacada creatina.

Mayor amenaza supone el posible uso de esteroides anabolizantes. Como vimos, los resultados son contradictorios: aunque los culturistas dicen no tomarlos en una elevada proporción, paradójicamente consideran que son poco o nada perjudiciales para la salud a la vez que reconocen su eficacia en el rendimiento deportivo. Ello, nos inclina a considerar que la ingesta de estas sustancias podría ser una práctica más o menos habitual en dicho grupo, por encima de lo que inicialmente reflejan los resultados. Consideramos que este aspecto del estudio, ha podido estar mediatizado por un factor de “deseabilidad social”. Se requerirían métodos de medida más objetivos para evaluar este aspecto y un estudio mas amplio de este aspecto.

Finalmente, conviene resaltar un hecho: ambos grupos, control y experimental, buscan una mejora que podríamos considerar estética, del propio cuerpo, pero respondiendo a criterios diferentes. En el grupo “practicantes de aerobio” el objetivo consiste en perder peso; en el grupo “fisioculturistas” es conseguir un cuerpo musculado (posiblemente ganando peso), lo que subraya la influencia del contexto sociocultural donde se insertan uno y otro grupos. Posiblemente, la morfología culturista es propia, hoy por hoy, de un grupo de referencia relativamente reducido –aunque en aumento– que sin embargo produce rechazo estético en otros.

## REFERENCIAS

- Caracuel, J.C., Montero, J.A. y Arbinaga, F. (en preparación). Perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio.
- Cooper, P.J.; Taylor, M.J; Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- De Gracia, M. y Marcó, M. (1997). *Adaptación y validación factorial de la Escala de Experiencias Subjetivas de Ejercicio (SEES)*. *Revista de Psicología del Deporte*, 11, 59-68.
- De Gracia, M. y Marcó, M. (1998). *Traducción y adaptación de la Escala de Satisfacción con la Actividad Física (PACES) de Kendzierski y De Carlo*. Gerona: Departamento de Psicología, Universitat de Girona.
- De Gracia, M.; Marcó, M.; Fernández, M.J. y Trujano, P. (1998). *Adaptación del Cuestionario de Autodescripción Física, de Marsh y Sutherland*. Gerona: Departamento de Psicología, Universitat de Girona.
- Eklund, R.C. y Crawford, S. (1994). Active women, social physique anxiety and exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 431-448.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hart, E.A.; Leary, M.R. y Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 94-104.
- Kendzierski, D. y DeCarlo, K.J. (1991). Physical Activity Enjoyment Scale: Two validation studies. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 50-64.
- Marsh, H.V. y Sutherland, R. (1994). A Multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 43-55.

- McAuley, E. y Courneya, K.S. (1994). The Subjective Exercise Experiences Scale (SEES). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 163-177.
- Phillips, K.A.; O'Sullivan, R. y Pope, H.G (1997). Muscle Dysmorphia. *Journal Clinical Psychiatry*. 58. 8, August.
- Pope, H.G.; Katz, D.L y Hudson J.L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 6, 406-409.
- Pope, H.G.; Gruber, A.; Choi, P.; Olivardia, R. y Phillips, K.A. (1997). Muscle Dysmorphia: an underrecognized form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pope, H.G.; Gruber, A.J.; Mangweth, B.; Bureau, B.; de Col, C.; Jouvent, R. y Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.

## ANEXO

Tabla 1.  
*Estado civil (en porcentajes)*

ESTADO CIVIL	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>Solteros</b>	53´3	66´6
<b>Casados</b>	40	26´6
<b>Separados / divorciados</b>	6´6	6´6

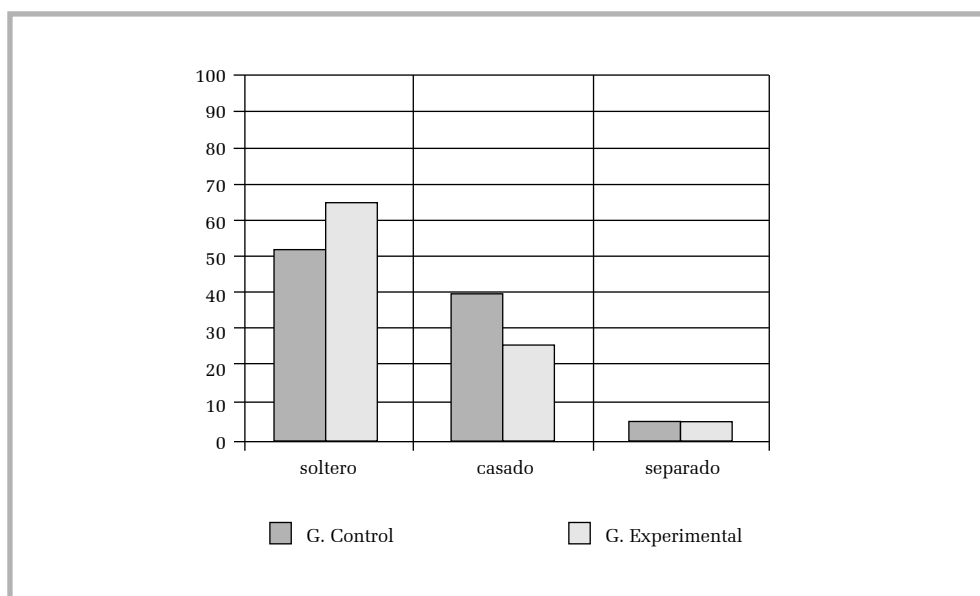


Figura 1. Estado civil.

Tabla 2.  
Nivel de estudios

	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
Sin estudios	1	0
Graduado escolar	2	1
Bachillerato	4	2
F.P.	4	3
Universitario medio	3	4
Universitario superior	1	5

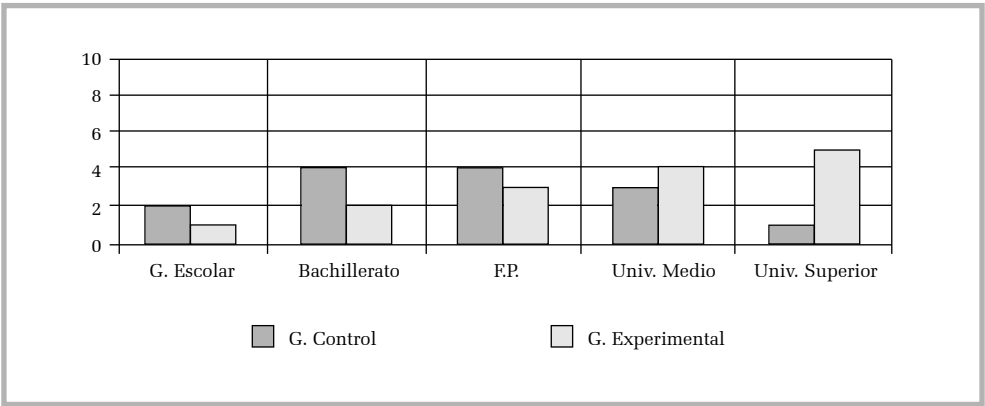


Figura 2. Nivel de estudios

Tabla 3.  
*Situación laboral*

	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>Activo</b>	53´33	53´33
<b>Activo de baja</b>	6´6	-
<b>Estudiante</b>	26´6	26´6
<b>Parado con subsidio</b>	-	6´6
<b>Jubilado</b>	6´6	6´6
<b>Otras situaciones</b>	6´6	6´6

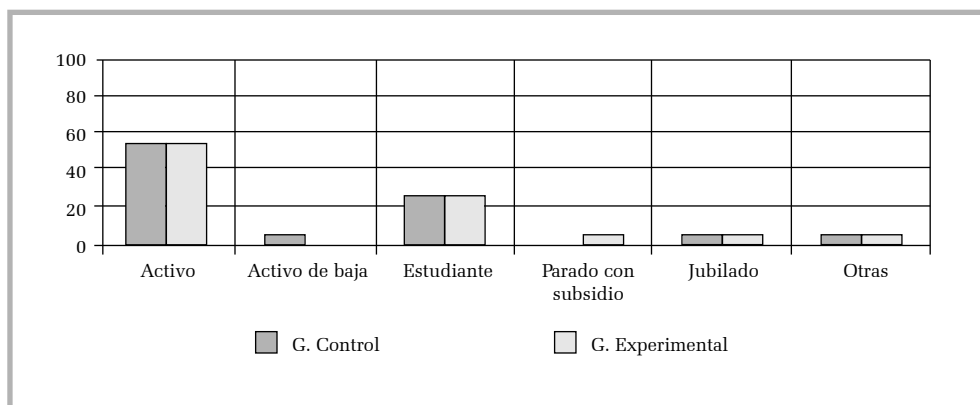


Figura 3. Situación laboral

Tabla 4.  
*Ingresos económicos*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
Hasta 900 €	20 %	20 %
De 900 a 1500 €	60 %	60 %
Mas de 1500 €	20 %	20 %

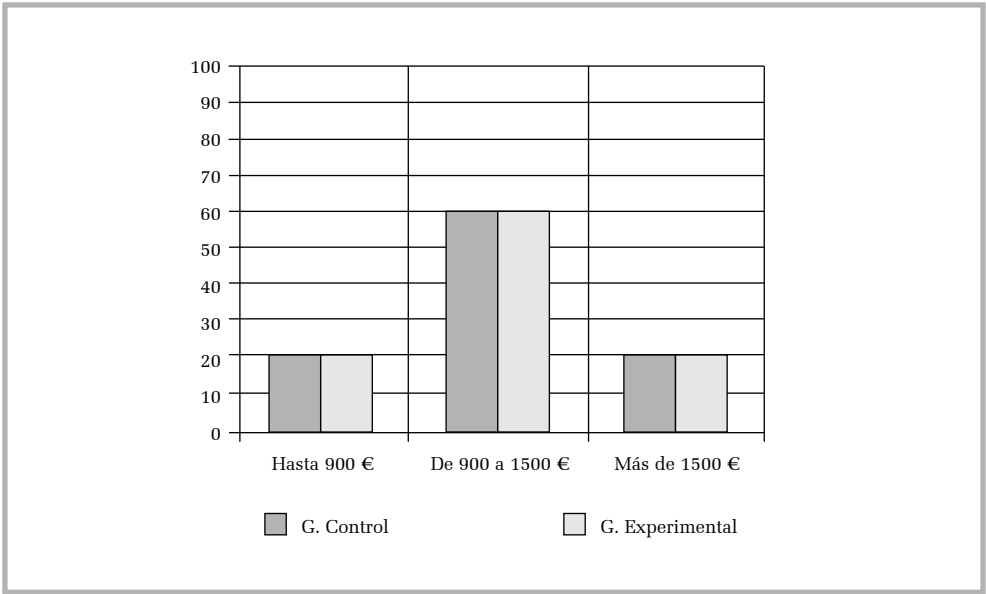


Figura 4. Ingresos económicos



Tabla 5a.

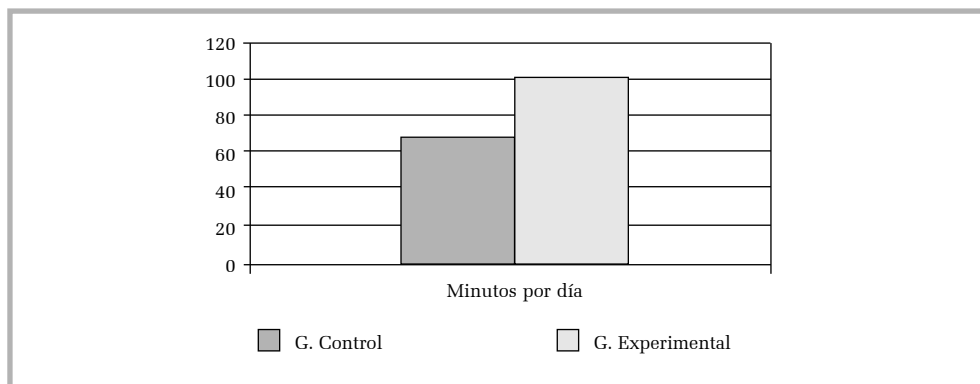
*Días por semana de práctica deportiva.*

DÍAS/SEMANA	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>3</b>	2	1
<b>4</b>	4	5
<b>5</b>	7	8
<b>6</b>	2	1
<b>Media</b>	3.75	3.75

Tabla 5b.

*Número de horas al día de práctica deportiva*

FI	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>30 minutos</b>	3	-
<b>1 hora</b>	5	1
<b>1 ' 30 horas</b>	4	8
<b>2 horas</b>	2	5
<b>2 ' 30 horas</b>	1	1
<b>Media</b>	1h 8'	1h 42'



*Figura 5. Número de horas al día de práctica deportiva*

Tabla 6.  
*Motivos para el inicio de la práctica deportiva*

	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
A.-Como entrenamiento	6´6 %	-
B.-Para competir	6´6 %	-
C.-Para sentirme mejor con mi cuerpo	13´3 %	55´5 %
D.-Para adelgazar	26´6 %	-
E.-Como forma de superarme	6´6 %	-
F.-Para ganar masa muscular	6´6 %	33´3 %
G.-Como mantenimiento físico	26´6 %	-
H.-Otras motivaciones	6´6 %	13´3 %

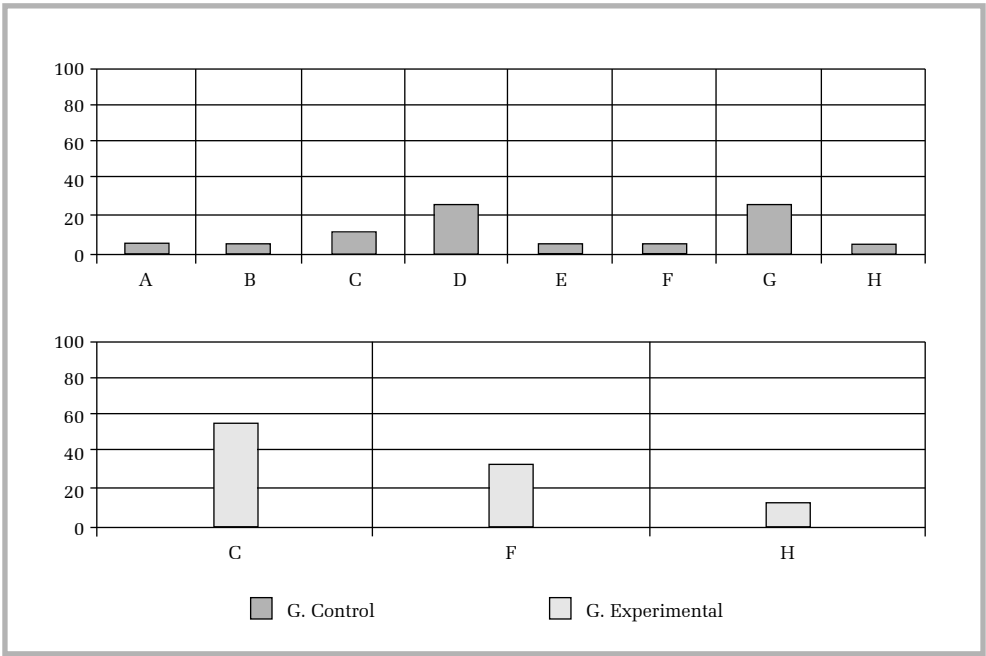
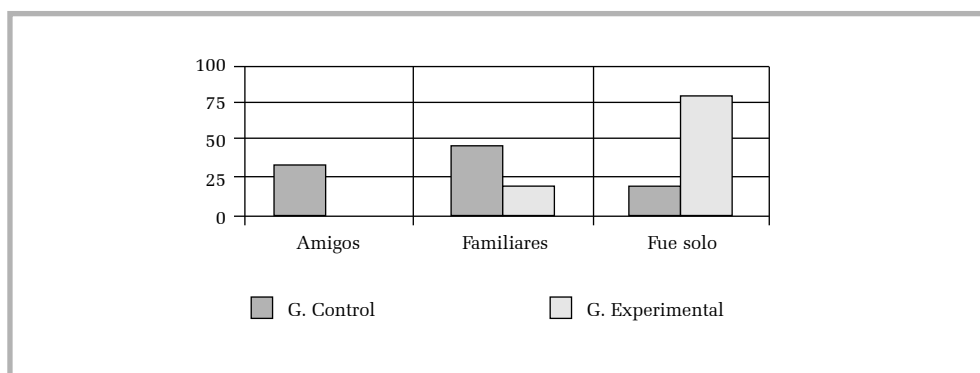


Figura 6. Motivos para el inicio de la práctica deportiva

Tabla 7.

*A través de quien se inició en la práctica aeróbica (GC) / anaeróbica (GE).*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
Amigos	46´6 %	20 %
Familiares	33´3 %	-
Fue solo	20 %	80 %



*Figura 7. A través de quien se inició en la práctica aeróbica (GC) / anaeróbica (GE).*

Tabla 8.  
Seguimiento de dietas.

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
No	46´6 %	20 %
Sí, prescritas por médico	20 %	-
Sí, propias	33´3 %	80 %

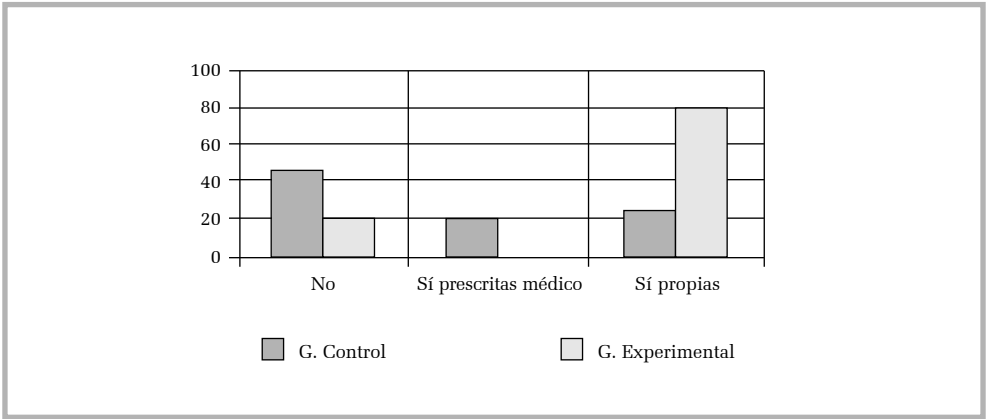
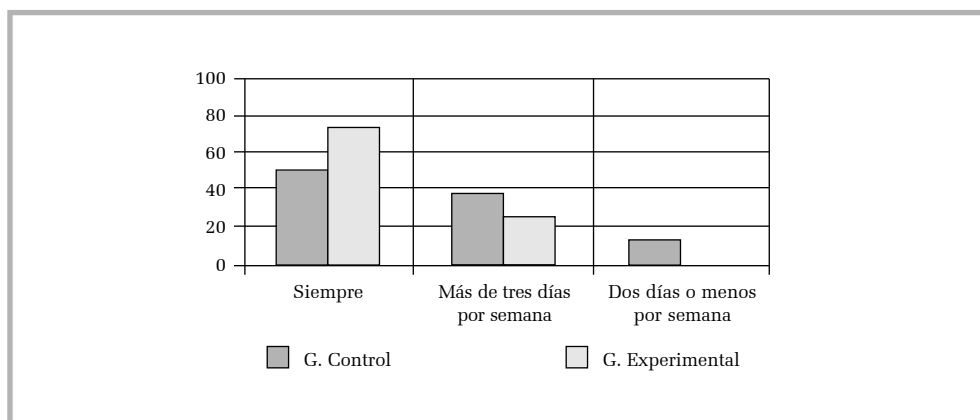


Figura 8. Seguimiento de dietas.

Tabla 9.  
*Cumplimiento de la dieta.*

	<b>G. CONTROL N=8</b>	<b>G. EXPERIMENTAL N=12</b>
<b>Siempre</b>	50 %	75 %
<b>Mas de 3 días por semana</b>	37´5 %	25 %
<b>2 días o menos a la semana</b>	12´5 %	-



*Figura 9. Cumplimiento de la dieta.*

Tabla 10.  
*Utilidad de la dieta en la actividad física*

	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
Sí, fundamental	66´6 %	73´3 %
Sí, pero no es fundamental	26´6 %	26´6 %
Sí, pero muy poco	6´6 %	-
Nada	-	-

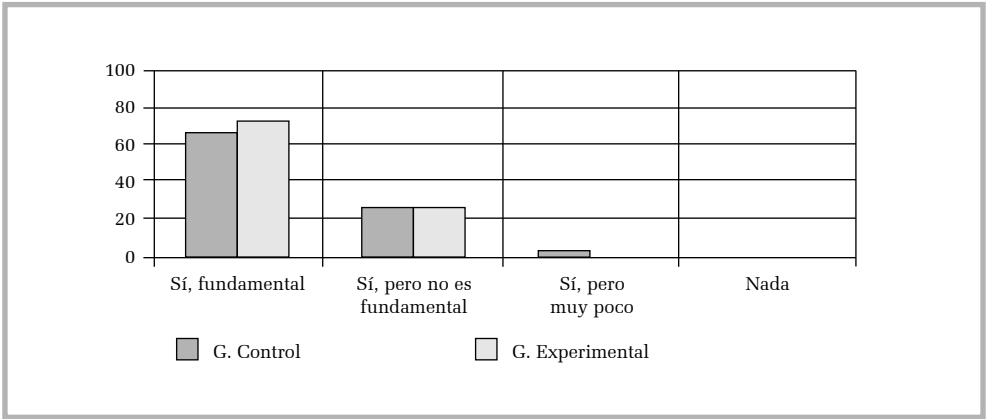
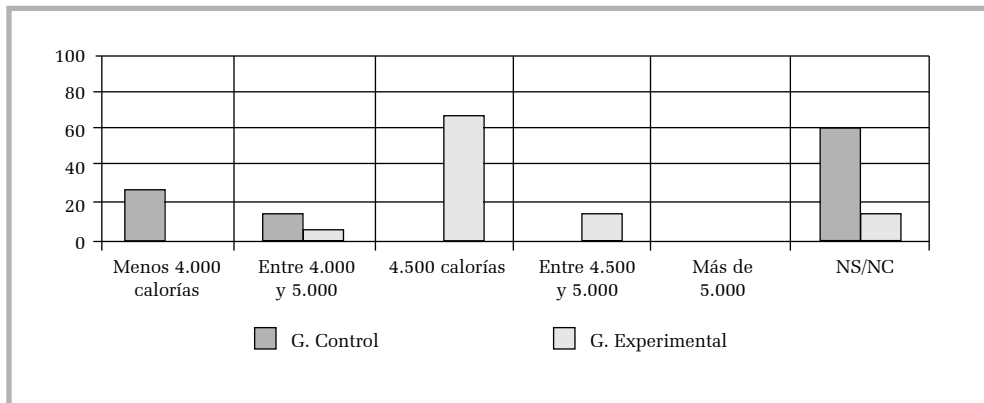


Figura 10. Utilidad de la dieta en la actividad física

Tabla 11.

*Número de calorías consumidas al día*

	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>Menos de 4.000 calorías</b>	26´6 %	-
<b>4.000-4.500 calorías</b>	13´3 %	6´6 %
<b>4.500 calorías</b>	-	66´6 %
<b>4.500-5.000 calorías</b>	-	13´3 %
<b>Más de 5.000 calorías</b>	-	-
<b>NS/NC</b>	60 %	13´3 %



*Figura 11. Número de calorías consumidas al día*

Tabla 12.  
*Uso de complementos dietéticos.*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
SI	26´6 %	86´6 %
NO	73´3 %	13´3 %

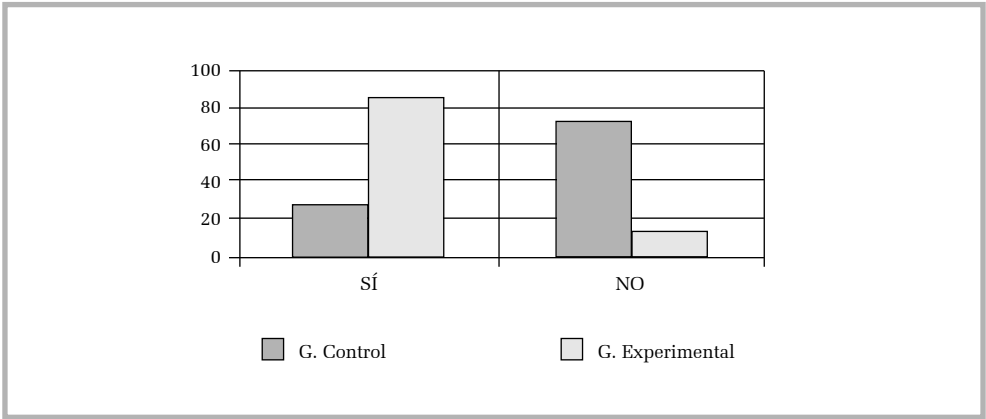


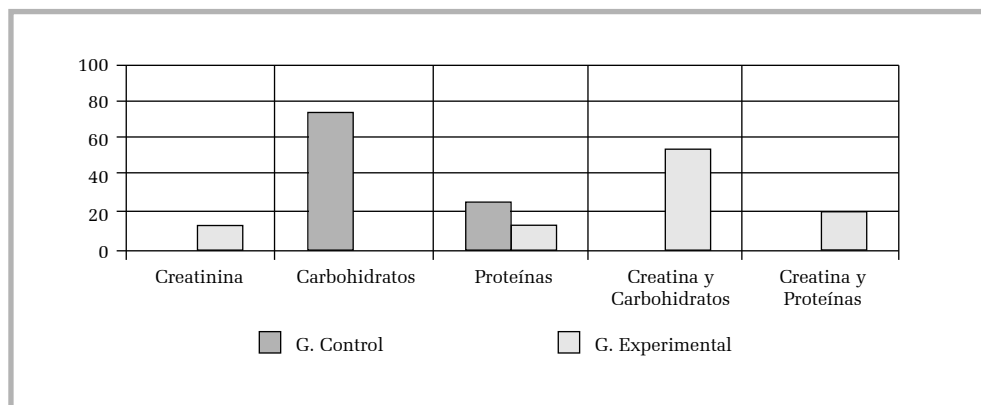
Figura 12. Uso de complementos dietéticos.



Tabla 13.

*Complementos dietéticos utilizados*

PORCENTAJE	G. CONTROL N=4	G. EXPERIMENTAL N=5
<b>Creatina</b>		13´3 %
<b>Carbohidratos</b>	75 %	
<b>Proteínas</b>	25 %	13´3 %
<b>Creatina y Carbohidratos</b>	-	53´5 %
<b>Creatina y Proteínas</b>	-	20 %



*Figura 13. Complementos dietéticos utilizados*

Tabla 14.  
*Uso de esteroides anabolizantes*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
SI	-	13'3 %
NO	100 %	86'6 %

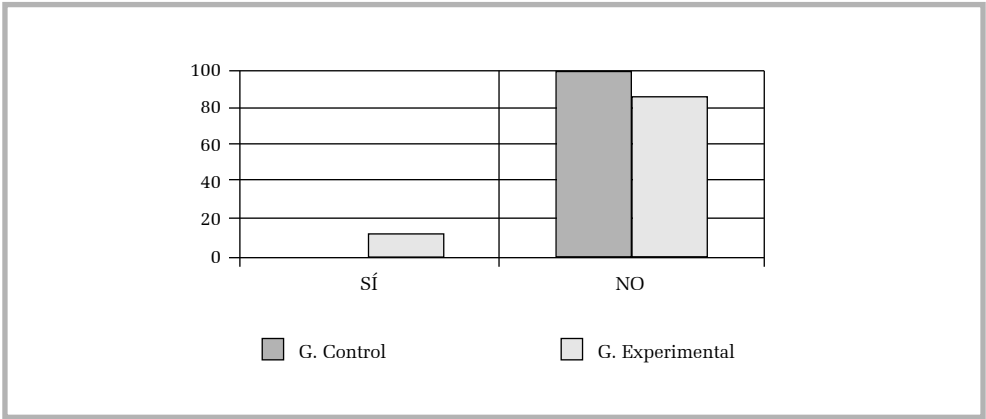
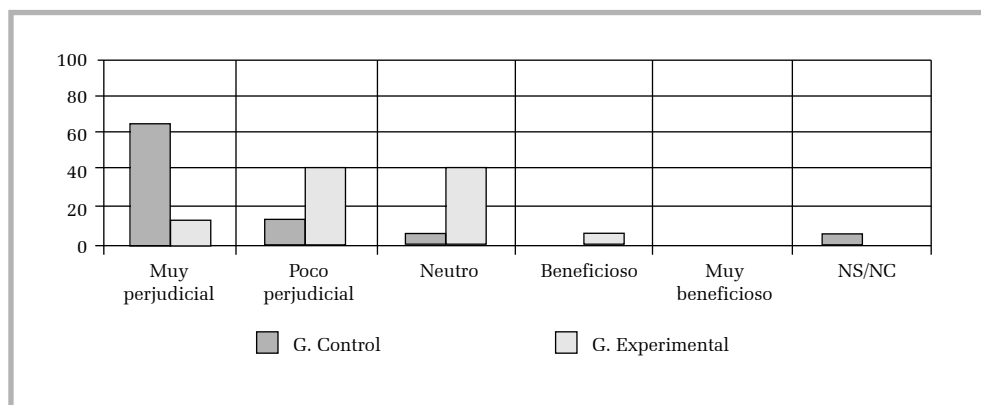


Figura 14. Uso de esteroides anabolizantes

Tabla 15.

*Opinión acerca de la calidad del efecto de los esteroides anabolizantes sobre la salud*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
<b>Muy perjudicial</b>	66´6 %	13´3 %
<b>Poco perjudicial</b>	13´3 %	40 %
<b>Neutro</b>	6´6 %	40 %
<b>Beneficioso</b>	-	6´6 %
<b>Muy beneficioso</b>	-	-
<b>NS/NC</b>	6´6 %	-



*Figura 15. Opinión acerca de la calidad del efecto de los esteroides anabolizantes sobre la salud*

Tabla 16.  
*Opinión acerca de la calidad del efecto de los esteroides anabolizantes sobre la actividad deportiva*

PORCENTAJE	G. CONTROL	G. EXPERIMENTAL
Muy perjudicial	13'3 %	-
Poco perjudicial	20 %	-
Neutro	20 %	13'3 %
Beneficioso	20 %	46'6 %
Muy beneficioso	13'3 %	40 %
NS/NC	13'3 %	-

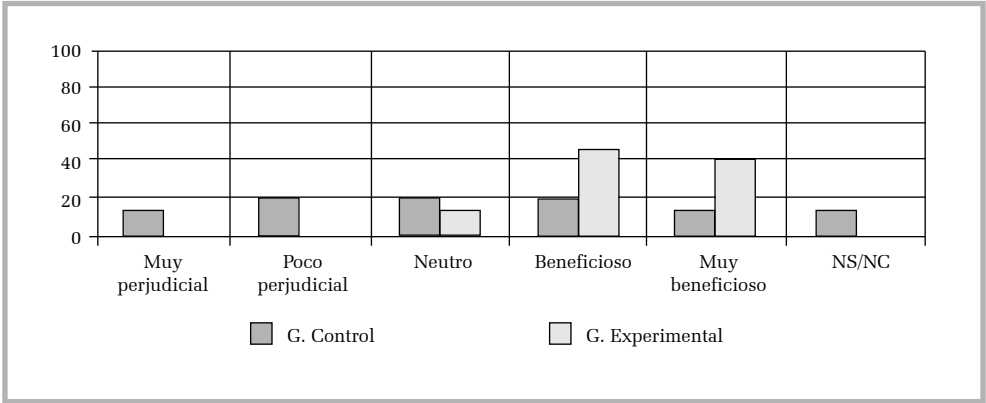


Figura 16. Opinión acerca de la calidad del efecto de los esteroides anabolizantes sobre la actividad deportiva